

## Neo-liberal sağlık reformları Latin Amerika’da neden başarısız oldu?

*Núria Homedes & Antonio Ugalde*  
*07 Mayıs 2008*

**SSGSS’nin yasalaşmasının neler getireceği üzerine çok şey söylendi. AKP hükümeti “iyi olacak” diyor, emekçilerse bu sözlere güvenmiyor. Homedes ve Ugalde’nin Latin Amerika’daki sağlık reformları üzerine bu kapsamlı araştırması, neo-liberal sağlık reformunun temel dinamiklerini ve kaçınılmaz sonuçlarını ortaya koyuyor.**

*Núria Homedes: Teksas Üniversitesi Kamu Sağlığı Okulu - Houston, El Paso, TX, USA*  
*Antonio Ugalde: Teksas Üniversitesi Sosyoloji Fakóltesi - Austin, Austin, TX, USA*

### Giriş

Latin Amerika’daki (LA) sağlık sistemlerinin eşitsizliği ve verimsizliği uzun zamandır bilinen bir unsurdur. Ne var ki, 1970’lerin sonunda ve 1980’lerde sağlık sisteminin politik liderleri, kullanıcıları, geliştiricileri ve araştırmacıları sistemin kullanıcılarının artan hoşnutsuzluğunu ve azalan hizmet kalitesindeki gidişatı geriye döndürmek, sistemde adaleti ve verimliliği sağlamak için değişime ihtiyaç olduğunu fark ettiler. 1980’lerdeki ekonomik kriz bu sorunları belirginleştirdi. 1980’lerin sonunda ise, LA nüfusunun sağlık durumunun, bölgenin gelişme düzeyiyle de sağlık için harcanan kaynaklarla da uyuşmadığı, her zamankinden de daha aşıkâr hale geldi.

IMF ve Dünya Bankası krizden faydalanarak sağlık reformlarının gerçekteştirilmesini borç alımının bir koşulu olarak zorladı. IMF, devletlerden, önceki yıllarda altına girdikleri ve krizlerin kısmen sebebi olan devasa borçları azaltmaları için yapısal düzenlemeler yapmalarını talep etti. [1] Kamu harcamalarının büyük bir kısmını sosyal hizmetler (sağlık, eğitim ve refah) teşkil ettiği için IMF ve DB bu kalemlerin azaltılmasını istedi. [2,3] Bu bağlamda 1980’lerde DB uluslararası sağlık politikalarının belirlenmesinde öncü bir role sahip oldu ve sağlıkta başlıca borç veren konumuna geldi, [4] Ülkelere neoliberal sağlık reformlarını hazırlamalarında yardımcı oldu. Dünya Bankası’nın misyonu reformların uygulanmasında teknik rehberlik etmek, borç ve direktifler vermektir. (IDB) Inter-Amerikan Kalkınma Bankası, ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) ve kimi özel kuruluşlar DB’nin neo-liberal ideolojisini izlediler ve sözü edilen reformların gerçekteştirilmesinde ilave lojistik ve finansal destek sağladılar.

Neo-liberal sağlık reformlarının altında yatan kural özel sektörün kamu sektöründen daha verimli çalıştığıdır. Bu inanişa dayanarak, sağlık reformları hükümetlerin rolünün azaltılmasını savunur. DB’nin neo-liberal devlet vizyonunda kamu sağlığında devletin rolü özel sektör sağlık ve tıbbi bakım hizmetlerini sağlarken düzenleyici bir rolü oynamaktır.

Reformların amaçlarından biri devletin devasa borcu ödemek için merkezi hükümet fonlarının kullanılmasıydı ki kamusal hizmetlerin finansal yükünün merkezi hükümetten eyaletlere kaydırılması da bunun tamamlanmasında kolaylaştırıcı bir yoldu. Adem-i merkeziyetçilik (desantralizasyon) politikası, gücün sorumsuz ve atıl merkez bürokratlarından halka transfer edilmesi gibi karşı konulması çok güç bir kurala dayanılarak sunuldu ve (diktatoryal ve otoriteryan rejimlerde bile) kısmen de demokratikleşme sürecinin bir parçası olarak pazarlandı.

1993'te DB Dünya Kalkınma Raporunu sağlık sektörüne ayırdı. DB'nin bu belgesi [7] adem-i merkeziyetçi ve özelleştirmeci stratejilerin güçlendirilmesinin yanı sıra adaletin geliştirilmesi, ve temel bir sağlık hizmetleri paketine her yerde erişilmesinin garanti altına alınmasıyla hizmetlerin etkin bir dağılımının sağlanmasını da içeriyordu ki, bu paket de her ülkenin gücünün ne kadar yettiğine ve maliyet etkinliği kuralına bağlıydı. Hükümetler ve nüfusun geri kalanı bu temel paketin içerdiği hizmetlerin yoksullara ulaşmasının maliyetini sübvansedeceklerdi.

DB modeli zorunlu sağlık sigortası masraflarından ve hükümet sübvansiyonlarının toplanmasından ve yönetiminden, hizmet sağlayıcılarla sözleşme yapma ve sigorta ödemelerinden sorumlu üçüncü kişilerin yaratılması sürecini içeriyordu. Hizmet alanlar sigorta primlerinin el verdiği ölçüde farklı türlerdeki sağlık hizmeti planları ve sağlayıcıları arasında seçim yapabilecekti. DB'nin beklentisi reformların adaleti, verimliliği, hizmet kalitesini ve hizmet alanın tatminini arttırmasıydı.

Birçok diğer ülke 1990'lara kadar başlamamış olsa da 1980'lerde Brezilya, Meksika, Şili gibi çeşitli LA ülkeleri Dünya Bankası reformlarını uygulamaya başladılar. Kolombiya 1993 tarihli Dünya Bankası rehberliğini en yakından takip eden ülke oldu. Şili'deki reform ve DB tarafından savunulan reform arasındaki temel fark, daha sonra da açıklanacağı üzere, Şili'nin geniş kamu hizmetleri ağını koruması ve bir temel sağlık paketi tanımına gitmemesidir.

Şili ve Kolombiya hariç diğer tüm LA ülkeleri IMF ve DB'nin tasarladığı programları uygulamakta güçlüklerle karşılaştılar. Teknik, lojistik, politik ve finansal sorunlar her yerde belirdi ve bazı ülkeler reformu sadece bazı yönleriyle uyguladılar, mesela adem-i merkeziyetçilik, temel hizmet paketinin tanımlanması ve/veya tıbbi hizmetlerde kısmi özelleştirmeler gibi. Reformların bu budanmış şekli, hükümetler kıt kaynaklarını buralara akıtırken, hizmet alan ve verenler arasında kafa karışıklıklarına sebep oldu.

Bu yazıda öncelikle, bölgedeki birkaç ülkede adem-i merkezleştirme ve özelleştirmenin etki ve sonuçlarını kısaca tartışacağız. Daha sonra, Şili ve Kolombiya'daki tespitlerimizden bazı detaylar sunacağız. Bunlar neo-liberal reformları en yakından takip eden ve bu reformların ortaya konan amaçlar doğrultusunda (verimliliğin, adaletin, hizmet kalitesinin artırılması) gelişiminin gözden geçirilebileceği ülkelerdir. Nihayet, IMF'nin ve DB'nin belgesel başarısızlıklar karşısında neden bazı ülkelere neo-liberal sağlık reformlarını kabul etmesi için baskı yapmayı sürdürdüğünü açıklayarak bazı öneriler getireceğiz.

## 2. Özelleştirme

DB'nin sağlık hizmetinin yönetimi ve sağlanmasında özel sektörün rolünü arttırma çabaları Latin Amerika'da sınırlı bir başarı elde etti. Yalnızca Şili, Kolombiya ve Brezilya gibi bir avuç ülke kamusal olarak finanse edilen sağlık hizmetlerinin yönetimi/sağlanmasını kısmen özelleştirdi. Geri kalan ülkeler ise spesifik müdahalelerin ve diğer sınırlı düzenlemeler yapan sözleşmeler yoluyla özel sektörün rolünü arttırmakla yetindiler. Örneğin Meksika'nın geçmişten beri IMSS (Meksika Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından sağlanan hizmetleri özel şirketlere bırakma girişimi sendikaların muhalefetinden dolayı somutlaşmadı. IMSS bazı seçilmiş hizmetlerin tedarikinden çekildi fakat yapılan sözleşmeler her zaman yenilenemedi çünkü özel sektördeki fiyatlar değişiyordu ve duruma göre IMSS'inkilerden daha pahalı olabiliyordu. [9]

Brezilya üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının sağlanmasını özel hastanelere bıraktı. Buna ilaveten, yabancı sermayenin ülkede hastane satın alabilmesine ve yabancı sağlık sigortası ve sağlık koruma kuruluşlarına hizmet sağlamalarına izin veren bir kanun çıkartıldı ki daha sonra bu Brezilyalı firmalar ve kamu sektörünü kapsayacak şekilde daraltıldı. Kanunun geçmesinden hemen sonra çeşitli ABD firmaları bu liberalizasyondan faydalandı ve daha üst sınıflara hitap eden sağlık sigortaları ve hizmetleri arz etmeye başladı.

Yirmi beş yıl önce bir DB ekonomisti Brezilya'daki özel sağlık sektörünü şu açık sözlü beyanati ile değerlendirmişti:

*Veriler tıbbi-hastane hizmetlerinin sağlanmasındaki hâkim yolun harcamaları devlete karşılatarak şekilde özel sektörden geçtiğini gösteriyor... Bu "sistemsizlik" kaotik, elitist, yozlaşmış, irrasyonel ve kontrolsüz. Hekimler ve hesaplar üzerine yapılan son incelemelerde... tüm hesapların %90'ında...olmayan hastalar, yanlış teşhisler, aynı yatış için kesilen mükerrer hesaplar, yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar, yoğun bakım üniteleri ve ameliyathaneler gibi özel hizmetlere kesilen olmayacak hesaplar gibi "düzensizlikler"... görüldüğünü ileri sürülüyor.*

Bu ihtara rağmen, DB Brezilya'daki ve bölgedeki diğer ülkelerdeki hizmetlerin özelleştirmesi için bastırdı. Son olarak, diğer bir DB bürokrati tarafından yapılan bir yorum Brezilya'daki hastane otonomisinin sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmediğini kanıtıyor:

*... Kalite (hastane) hizmetinin "unutulan bileşeni" olarak kalıyor... olağanüstü bir gelişim görülmedi. Bazı yönlerden, durum daha kötüleşmiş bile olabilir... yüksek kalitede sağlık hizmetlerine ulaşabilmek oldukça zor. Bunu kamtlayan, doğumhanelerdeki ve yenidoğan birimlerindeki düşük kalitedeki bakımdır ki yenidoğan ve anne ölüm oranının artmasına sebep olur... kurtarılabilir hastaların ölmesine... hastane enfeksiyonlarının daha çok görülmesine... sebep olur [11:10]*

1990'ların başında Kosta Rika'nın bazı bölgelerinde kar amacı gütmeyen kooperatifler aracılığıyla sağlık hizmeti özelleştirilerek verilmeye başlandı. [12] Sosyal Güvenlik Fonları (CCSS) kooperatiflere kişi başı ödeme yapmaya başladı. Kooperatifler tetkikler

için hastaya; özel bakım, hastaneye yatış içinse CCSS'ye başvurumaktadırlar. İlaçlar CCSS tarafından verilmektedir. Belirli bölgelerdeki hastalar maliyet ödemediği kooperatife üye olmakta ve birincil olmayan tüm sağlık hizmetlerinde ve acil durumlarda CCSS'den yararlanmaya devam etmektedirler. Yalnızca dört kooperatif bulunur ve bu modeli genişletme yolunda bir plan yoktur.

Kooperatiflerin değerlendirilmesinde bu modelin CCSS sisteminden daha az verimli olduğu, daha çok maliyetli olduğu ve kaliteyi geliştirme yönünde hiçbir kanıtı sahip olmadığı [13] öne sürülüyor. Hizmet alanlar ise muayene için CCSS kliniklerindeki nazaran daha az bekledikleri için mutlular. Değerlendirmeler aynı zamanda, tıbbi ihtiyaçlarla değil de kooperatiflerin harcamalarını ve hekimlerin iş yüklerini azaltmak için yapılmış daha fazla sevk olduğunu gösteriyor ki bu gereksiz sevkler kuşkusuz CCSS personelinin iş yükünü, CCSS'ye binen maliyeti artırır ve Kosta Rika sağlık sisteminin bütünüyle etkinliğini azaltır. Kar amacı gütmeyen kooperatiflerin karları çoğunlukla hekimler ve az sayıda personel arasında dağıtılır.[a.g.e.]

Kimi yüksek teknoloji hizmetler de özel sektöre devredildi. Hastanede yatış hizmetleri için de aynı şey yapılmaya çalışıldıysa da ihalelere cevap bulamadıkları için başarısız oldu. DB, nüfusun %90'ına tüm sağlık hizmetlerini sağlayan –ilaç dahil- bölgenin en başarılı sağlık sistemi CCSS'yi özelleştirmesi için hükümete baskı yapmayı sürdürmektedir.

1998'de El Salvador Sosyal Güvenlik Enstitüsü (ISSS) San Salvador'daki Büyükşehir bölgesindeki iki coğrafi bölgenin iki kâr amaçlı klinik lehine özelleştirildiği bir pilot özelleştirme projesiydi. ISSS çapındaki bölgede ikamet eden tüm hizmet alıcıları ISSS'nin kişi başı ücretle finanse edilen kliniklerde hizmet almaya zorlanıyorlardı. [14] Bu iki klinik genel, dâhiliye, jinekoloji, kadın doğum servisleri, ilaçlar ve uzmanlık hizmetlerini ve hastane yatış hizmetlerini ISSS'ye sundu. İki yıl geçtikten sonra bu deneyim aniden sona erdi.

Bu projenin bir değerlendirmesini yapmak gerekirse birçok sorun tanımlanabilir. Kliniklere kişi başına ödenen miktar, harcamaları, jenerik ilaçlardan markalı ilaçları yazmayı tercih eden hekimlerin beklentisini karşılamakta yetersizdi. Bu ilaçların kullanılması kliniklerin bunları doğrudan üreticiden ve ithalatçıdan almalarına neden oldu ve işleme giren az miktarda para dikkate alınırca ilaçların maliyetinin jenerik ilaçların düşük maliyetinden ve daha yüksek alımlardan ötürü ölçek ekonomisinden faydalanan ISSS kliniklerindeki çok daha yüksek olduğu görülür. [a.g.e.]

Bunun yanında ISSS önemli miktarda kaynağını yararlı bir geri bildirim sağlamayan özel kliniklerin izlenmesine harcadı. Bu tip bir pilot projede bu, oldukça gerekliydi. Kliniklerin yöneticileri denetimlerin fazla kısa olduğunu ve bu projenin deneyimlenmesinde kaçınılmaz çatışmaların çözümlerini kolaylaştırmaktan çok kontrolü amaçlayan tarzda olduğunu hissetti. Bundan başka yöneticilere göre, ISSS sözleşmenin finansal kısmındakileri yerine getirmekte başarısız oldu. Bunun nedeni onlara göre iki tip kliniğin de ikinci yılın sonunda iflas etmiş olmasıdır.

Projenin bitişine hiçbir zaman resmi açıklama getirilmedi, fakat Dünya Bankası ve diğer uluslararası kurumlar, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi için baskı yapmaya devam

etti [15,16] Sendikalar buna hemen tepki verdi. ISSS'de ve kamudaki sağlık çalışanları 2003'te hastanelerin özelleştirilmesi fikrine son veren uzun ve başarılı bir grev sürecine girdi. [17]

LA'daki hastane özelleştirmelerine hastanelerin finansal bilgilerinin artırılması, maliyetlerin hesaplanması ve sözleşme ve ödeme sistemlerinin geliştirilmesine yapılan büyük yatırımlar eşlik etti fakat bu harcamaların ve çabaların sağlık hizmetinin kalitesinde ve sistemin verimliliğinde önemli bir etki bıraktığına dair pek az kanıt gösterilebilir. Inter-Amerikan Kalkınma Bankası'nın sponsorluğunda yürütülen çok ülkeli bir araştırmanın ortaya koyduğuna göre hastane yolsuzlukları devam etmektedir ve hastane hizmetlerinin kalitesinde gelişme görülmemiştir. Tıpkı daha önce Brezilya örneğinde de işaret edildiği gibi.

### **3. Adem-i Merkeziyetçilik**

DB ve diğer uluslararası kuruluşlar sağlıkta adem-i merkeziyetçiliğin artırılması noktasında daha başarılı oldular. Neredeyse bölgenin tüm ülkeleri kimi karar süreçlerini eyalet/il/bakanlık idarelerine devrettiler. Çoğu durumda karar almanın merkezi hükümetten daha alt idari kademelere ve bazı ülkelerde belediye yönetimlerine yayıldığını söylemek doğru olur.

Daha önce de işaret edildiği gibi, sağlık hizmetlerinin adem-i merkezileştirilmesinin savunulmasının altında yatan kural merkezi hükümetlerin borç ödemede kullanacakları devlet kaynaklarının serbest kalmasını sağlamak için mali sorumlulukların eyaletlere devredilmesidir [19,20]. Bu, DB belgelerinde açıkça belirtilmiştir [21] ve yerel yönetimler tarafından da böyle anlaşılmaktadır. Bu nedenle, Meksika'da sağlıkta adem-i merkezileştirmenin ilk döneminde (1983-1988) eyaletlerden federal hükümete tabi kalma ya da adem-i merkezileşme arasında seçim yapmaları istendi. Eyaletlerin neredeyse yarısı (31 eyaletten 17'si) federal hükümetin kendilerine ihtiyaç olan kaynağı vermeksizin sağlık hizmetinin sorumluluğunu vereceği yönündeki haklı kaygıyla merkeze bağlı kalmakta karar kıldı [19]. İkinci adem-i merkezileştirme döneminin başında dahi (1995-2000) bu devletlerin bazıları ilk dönemden federal hükümetin bazı programların uygulanmasını gerekli kaynağı vermeden adem-i merkezileştirdiğini gördükleri için merkezî kalmayı sürdürdü ve adem-i merkezileştirmeye karşı çıktı [22]. Son olarak 1996'da kimi finansal taahhütlerde bulunulduktan ve güçlü politik baskı yaptıktan sonra, federal hükümet gönülsüz yöneticilerin de ulusal adem-i merkezileşme anlaşmasına katılmalarını sağladı. Latin Amerika'daki sağlık hizmetlerinin adem-i merkezileştirilmesinin aşağıda özetlenen gerekçelerle rasyonalize edildiği söylenebilir [23-26]:

- (1) Yerel karar alıcılar toplumun ihtiyaçlarını daha iyi biliyor ve bunlara daha iyi cevap verebilir. Yerel sağlık koşullarından muhtemelen habersiz, uzak yöneticilerin düşebileceği bedeli ağır hatalardan kaçınırlar.
- (2) Toplumun yerel hizmetlerin planlanması ve denetlenmesine katılımı, yerel halkın katılımını artırıcı etki göstererek demokrasiyi geliştirir.
- (3) Yerel kontroller ve hizmetlerin düzenlenmesi kaynakların daha etkin kullanılmasına ve hizmet alanının memnuniyetinin artmasına katkıda bulunur.

Adem-i merkezleştirme çabalarının LA'daki farklı ülkelerde değerlendirilmesi bu beklentilere oldukça nadiren ulaşılabildiğini gösteriyor.

Yerel siyasiler her zaman ahali için en iyi kararı vermiyor. Sıklıkla, teknik olarak yeterliliği şüpheli sağlık müdahalelerini seçiyorlar ya da merkezi hükümetin verdiği sağlık fonlarını siyaseten işlerine gelen programlara dağıtıyorlar. Örneğin Boliviya'da belediye başkanları sağlık ve eğitime ayrılan fonları yol yapımına harcadılar [27]; Kolombiya'da sağlık fonları belediyelerde, altyapı programlarında ihtiyaç duyulmayan hastane binalarının inşaatına yönlendirildi [28] Meksika'da federal sağlık fonlarını bazı eyaletler diğer aktiviteler için harcadı, Peru, Piura'da bir temel sağlık merkezinin yönetim kurulu hastanenin inşası için, maliyet fiyatından alınan harçları yükseltme kararı aldı, bir diğer hastaneyse jenerik ilaçları değil markalı ilaçları vermeye başladı [30]. Toplumlar her zaman sağlık konusunda kendileri için doğru olan kararı veremiyor veya teknik önerileri takip etmekte başarılı olamıyorlar. Nikaragua'da Sağlık Bakanı çuvallar dolusu çimentoyu köylü ailelerine kendilerine tuvalet inşa etmeleri için bağışladı fakat köylüler bu çimentoları sattılar [31].

Birinci adem-i merkezleştirme sürecinde Inter-Amerikan Kalkınma Bankası'nın Meksika, Gershberg'deki [32] durumu üzerine yapılan bir değerlendirmede adem-i merkezleştirmenin IMSS-COPLAMAR (Daha sonra IMSS-Solidaridad ve şimdi de IMSS-Oportunidades diye adlandırılan) programındaki hizmetlerin miktarında ve kalitesinde ciddi bir bozulmaya sebep olduğu belirlendi ki, bu program yoksul kırsal nüfusun birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane hizmetleri alması için yapılmış başarılı birkaç programdan biriydi.

Adem-i merkezleştirme kaynakların verimsiz ve uygun olmayacak şekilde kullanımına yol açarak, yönetsel kademeler arasında koordinasyon sorunlarına neden oluyor. Belediyeler genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılığını ödüyor ve eyalet/vilayet/bakanlık yönetimleri hastanede bakım hizmetlerini ödüyor. Bu örnekte ilk aşamadaki hekimlerin hastayı gerekli olmadan iş yüklerini azaltmak için ve söz konusu birimin harcamalarını azaltmak için ikinci aşama hizmetlere havale etmeye eğilimli oldukları görülüyor. Kosta Rika'daki kooperatifler örneğini vermiştik. Şili de daha sonra göreceğimiz gibi bu gereksiz sevkler için iyi bir örnek.

Latin Amerika'nın adem-i merkezleşmiş sağlık sisteminin etkin biçimde çalışmadığını gösteren ilave nedenler de mevcuttur. Tıbbi malzeme ve ilaç alımında merkezilik ortadan kalktığında ölçek ekonomileri bunda zararlı çıkar. Merkezi alımın yararları, Karayip ülkeleri ortaklaşa ilaç alımı için Karayip Kalkınma Bankası aracılığı ile uluslararası ihalelere girdiklerinde önceki maliyetlerinin %44'ü kadar kazanıyorlarsa oldukça ciddi olabiliyor [7]. Büyük çaplı uluslararası ihaleler maliyeti hayli düşürebilir fakat birçok adem-i merkezleşmiş eyalette teklif hazırlamadaki ve ihtiyaç olan miktarı belirlemedeki teknik bilgi yetersizliği önemli engellemiş gibi görünüyor. Kimi ülkelerde, merkezi bütçeyi kullanmada farklı düzeylerde başarılı programlar izlendi fakat merkezin dışındaki birçok hastanede ve belediyede farmasötikler ve diğer malzemeler doğrudan yerel toptancılardan ve hatta perakendecilerden alınıyor.

Adem-i merkezîyetçilik halihazırdaki kır-kent arası ve bölgelerarası eşitsizliği artırdı. Kent sakinleri kırsaldakilere nazaran daha güçlü bir politik baskı yaratmakla birlikte

onlara göre orantısız miktarda sağlık kaynağına sahiptirler [33, 34]. Buna benzer olarak, büyük şehirler küçüklere göre daha büyük bir politik güce sahiptir ve kişi başına daha fazla kaynak tüketir durumdadır. Coğrafi eşitsizlikler kırsalda yaşayanların sağlık hizmeti ihtiyaçlarının kenttekilere oranla daha fazla olması gerçeğiyle acımasızlaşıyor.

Kimi görevlerdeki merkezileşme bunu mümkün kılacak koşullar varsa arzu edilebilir. Nerede ve nasıl ve hangi ülkelerin belirli görevleri adem-i merkezleştireceği uluslararası kuruluşlarda çalışan ekonomistler tarafından empoze edilecek kararlar değildir. [LA'da adem-i merkezleşmeye dair eleştirimiz kavramın kendisine getirilen bir eleştiri değildir. Bazı ülkelerde ve bazı koşullarda, (Bugün LA'da çoğunlukla bulunmayan) uygun garantiler altında adem-i merkeziyetçiliğin kimi görevler üzerinde olumlu etkileri olabilir.]

Şimdi Şili ve Kolombiya'daki reformları daha detaylı inceleyebiliriz. Bu iki ülkede, neo-liberal reformları adeta birebir kopyalamalarından dolayı, reformların eşitlik, verimlilik ve kalite üzerindeki etkileri gözlemlenebilir. Temel bilgilerin eksikliğinde niceliksel değerlendirmelerin yapılamayacağı akılda tutulmalıdır. Bu nedenle ilk değerlendirmemiz elimizdeki birkaç gösterge ve yerelde inceleme yapmış uzmanların deneyimleri üzerine yapılmıştır.

#### **4. Şili'de Reform**

1973 darbesinden önce Şili'de merkezi hükümetin finanse ettiği genel kapsamlı bir ulusal sağlık sistemi vardı. Bölgedeki en kapsamlı ve en iyi organize edilmiş sistem olarak kabul ediliyordu [38]. Askeri diktanın ardından Chicago Üniversitesi'nden gelen ekonomik danışmanların etkisi ile Şili, LA'da neo-liberal reformları ilk uygulayan ülke oldu.

1981'de genel sağlık sistemi adem-i merkezleştirildi. Birinci derece sağlık hizmetleri belediyelere, hastane hizmetleri ise Sağlık Bölgeleri'ne (areas de salud) devredildi ki bu, sağlık idaresinin birçok belediyeyi içerecek şekilde ayrılmasıydı. Hükümet bundan başka özel sektör için de fırsatları ISAPRE (Instituciones de Salud Previsonal) ile yaratmış oldu. ISAPRE'ler özel sağlık sigortası şirketleridir. Bazıları yabancı şirketlerdir bazıları ise ABD HMO'larının (Health Maintenance Organizations-Amerikan Sağlık Sigortası kurumları) buralardaki şubeleridir. Şilililer ISAPRE'lere yaptıkları zorunlu sağlık katkı payına karşı koyarak (aldıkları maaşın %7'si) genel sistemin dışında kalmayı tercih edebilirler.

ISAPRE'ler ailelerin büyüğüne ve toplam katkısına bakarak değişik türden politikaları tercih ettiler. Her politikanın da kendine has muafiyetleri ve yan ödemeleri vardı. 1995'te 8800 adet değişik plan ürettiler. 1990'ların başında kanunen yasaklanana dek, ISAPRE'ler lehdarlarla yapılan sözleşmeleri pahalı ve kronik bir sağlık sorunları olduğunda kısıtladılar veya geçersiz kıldılar. Sağlık denetiminin özel sektöre düzenleyicilik etme sorumluluğu taşıdığı bu yöntem hala defedilememiş durumdadır. Lehdarlar 65 yaşına geldiklerinde sağlık bakımları kamu sektörüne devredilmektedir.

ISAPRE'lerin oluşturulması sistemi sosyoekonomik çizgilerle böldü. Varlıklılar ISAPRE'lere katılma eğiliminde oldu. Keza maaş üzerinden %7'lik kesinti önemli bir miktardı ve bunla kapsamlı bir sağlık plan veya zorunlu plana çekici bir ilave paket satın

alabilirlerdi. ISAPRE'nin sunduğu bu paketleri satın alamayanlar ise sağlık hizmetini (1) FONASA'nın Ulusal Sağlık Hizmet Ağı (Genel üçüncü şahısların ödemeleri için), belediyeler ve 1989'dan beri alınan hizmet harçları veya (2) FONASA'nın önceden belirlediği harçları ödeyerek ve yan-ödemelerle gidilebilecek özel doktorlar -ki hastane hizmetleri için bu hastalar genel sağlık hastanelerine bağlıdırlar- ile alacaktı. Özel doktoru kabul etmenin maliyeti yıllar geçtikçe arttı, bundan yararlanabilenlerse azaldı. İkinciye seçen hastalar için hastane hizmeti ise ulusal sağlık hizmet ağı tarafından sağlanıyor.

Bugün Şili'de –en zengin LA ülkelerinden biridir- nüfusun yalnızca %22'si ISAPRE'lere kayıtlı ve sağlık harcamalarının %43'ünü ödüyorlar. Başka bir ifadeyle, çoğu Şilinin gücü ISAPRE'lere katılmaya yetmiyor, bunlara bağlı olanlarsa, daha genç, sağlıklı, eğitilmiş olsalar da ve kamu sağlığı sektörüne dâhil olanlardan daha küçük ailelere sahip olsalar da geri kalan nüfusun iki katı katar harcıyor. Dahası coğrafi rahatlık sebebiyle ve daha çok kamu sistemi daha iyi donanımlı olduğu için ISAPRE'nin lehdarları da zaman zaman devlet hizmetlerini kullanıyor. Örneğin 1998'de kamu ameliyathanelerinin %11'i, doğumhanelerinin %9'u ve kamu hastanelerinin toplam iş gününün %4.5'i ISAPRE lehdarları tarafından kullanılmıştır [39]. Şirketlerin kendi aralarında yaptıkları yardımların %4'ünün kamu harcamalarına gittiği hesaplanmıştır.

Ekonomik düşüşler sırasında veya hükümetler özel sağlık masraflarını karşılayamazken ISAPRE'ye kayıtlı vatandaşlar veya özel doktorları seçenler kamu sektörüne kayabiliyor ve kamu sektörü hasta yükünde ani artışlarla baş etmek zorunda kalabiliyor. Bu kayma, kamu sektörü için ağır bir sorun, çünkü kamu çalışanları devlet memurlarıdır ve hizmet talebindeki ani artışı karşılayacak personeli istihdam etmek demek, devlet memurlarının özlük hakları düşünülürse kolay kolay geri çevrilemeyecek bir taahhüt demektir. Özel sektörün böyle bir sorunu yoktur.

Coğrafi olarak baktığımızda, birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı bazı bölgelerde diğer bölgelerden 2.8 kat kadar fazladır. Acil hizmetlerinden yararlanmada ise, 3.8 katı, taburcularda 2 katı bulabilmektedir [40]. Dahası, uç değerleri çıkarırsak belediyelerdeki standart ölüm oranı ulusal düzeyde yüzde 30 ile 160 arasında dalgalanmaktadır [a.g.e] .

Kır-kent ve küçük-büyük şehir arası uçurum ve sosyal sınıflararası eşitsizlik bunu azaltmaya yönelik yardımlaşma programlarına [41-45] rağmen devam ediyor. Yardımlaşma programlarından biri FONASA'dır. FONASA kişi başı ödemeye ve yoksulluk endeksi formülüne göre fon biriktirir ve bunun daha fazla bir miktarını daha yoksul belediyelere dağıtır. İkinci yardımlaşma programı zengin belediyelerden yoksul belediyelere transfer anlamına gelebilecek Robin Hood kuralına dayanır. Bu programlar uçurumu azaltmakta yeterli olmaz. 1996'da gelir bakımından en tepedeki yüzde onluk dilimdeki belediyeler kişi başı sağlığa en aşağı dilimdekilerden 9000 Peso (1 Dolar 407 Peso iken) fazla harcamaktaydı. Sonuç, kamu sektöründe, 1000 hastaya düşen doktor oranının 0.28den 1.92'ye kadar uzandığı bir coğrafi farklılıktır. Daha önce de işaret edildiği gibi, bölgelerarasında sağlık durumunda da büyük farklılıklar mevcuttur.

Son olarak, Sağlık Bakanlığı Şili sağlık sisteminin “aşırı adaletsiz” olduğunu bildirdi [46]. Bakanlık, 2000 yılındaki Dünya Sağlık Raporu'nda gösterilen kullanıcıların finansal

yüküne göre, Şili'nin 191 ülkeden 168'inci sırada olduğunu ve zamanında ulaşım, tedavi sırasında sosyal desteğe erişim, tesislerin kalitesi, hizmet sağlayanlarla ilişkiler ve hizmet sağlayanları seçebilmek gibi diğer değişkenler açısından da zayıf olduğunu belirtti. [a.g.e] Tüm bunlarda Şili yüzden fazla ülkeden gerideydi. Çarpıcı bir şekilde Bakanlık bu durumdan ISAPRE'lerin kurulmasını ve işverenlerin sağlık sistemine katkısının azlığını sorumlu tuttu.

Eşitsizliklerin kabulü AUGÉ'nin (Sağlık'ta güvence sisteminin korunması) başlamasını tetikledi. Bu program, travma, bazı kanser türleri, koroner kalp rahatsızlığı gibi 56 ciddi durum tanımlayıp, alım gücüne bakılmaksızın tüm Şilililerin sağlık hizmetine ulaşmasını ve hiçbir Şililinin kendisinin/ailesinin 1 aylık gelirinden fazla ödeme yapmak zorunda kalmayacağı bir sistemi garanti altına alma amacı taşıyordu.

1950'lerin başından, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) kurulduğundan beri, yani neo-liberal reformların başlamasından neredeyse 30 yıl önce, tüm Şilililer sağlık hizmetine ulaşabilirdi. Reform, NHS'nin başından beri süregelen eşitlik ve ulaşılabilirlik gibi sorunlara çözüm getirmedi. Neo-liberal reformun savunucuları bazı yıllar %20'yi bulan kar marjları ve yönetim giderleri ile ISAPRE'ler oldu. Müşteri seçimine özen gösterme, sağlık hizmeti paketlerine erişimin sınırlandırılması, kesinti ve yan ödemelerin artırılması, 65 yaş üstünün yasal boşluklar bulunarak pahalı kronik problemleri olanların sistemin dışında tutulması, kısa dönemli sözleşmeler yapmak, kamu sektöründen alınan destekler yüksek karları açıklıyordu.

Özetle Şili'de reformların Ulusal Sağlık Hizmetleri'ndeki eşitsizliği ve verimsizliği bertaraf ettiğine dair kanıt neredeyse hiç yoktur. Diğer taraftan, yeni model sosyal sınıflar arasındaki sağlık hizmetlerini farklılaştırmış, nüfusun küçük bir kısmı önemli miktarda sağlık kaynağının faydalananı haline gelmiş ve yan ödemeler daha düşük gelirli için ağır bir yük haline gelmesi ihtiyaç olan bakımın sürekli ertelenmesine neden olmuştur.

## **5. Kolombiya'da Reform**

Kolombiya önemli bir örnektir çünkü ilk sağlık reformu yasası 1990'da belediyeler düzeyinde önemli bir adım-i merkezleştirmeyi başlattı ve 1993'te hükümet 1993 Dünya Sağlık Raporu'nda önerilenlere uyan yeni bir Sağlık Reformu Yasasını kabul etti [7]. Buna ilaveten, 2000'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Raporu, Kolombiya sağlık sistemini LA sağlık sistemleri içinde en üst sıraya koydu [47]. Sonuç olarak, Kolombiya diğer ülkelere izlenecek bir model olarak sunuldu. Önceden DB'nin sağlık reformlarını savunan DSÖ personeli bu sıralamayı hayli etkiledi. Bilim insanları, uzmanlar, memurlar birçok ülkede bu sıralamayı negatif karşıladı ve DB personelinin anlamsız ve önyargılı kararını kötüledi. [48-50] Dünya Sağlık Raporu'nu kaleme alan altı kişiden yalnızca biri sıralamadaki yöntemin doğruluğunu sorguladı.

Kolombiya'da reformcular Şili Reformu'nda tespit edilen kimi olumsuz özelliklerden kaçınmaya çalıştılar. Özellikle de sınıfsal bölünmelerden. Bunun etkisiyle Kolombiya'da hizmet sağlayıcı seçme yolu gelirlerine bakmaksızın herkese kapalıydı ki daha sonra görüleceği gibi bu girişim başarılı olmadı.

Kolombiya'daki reformun özü, görece geniş bir zorunlu hizmetler paketine herkesin

erişimini sağlamaktı. Bu hizmetlere erişimde vatandaşlar sosyal güvenlik sistemi kapsamında olmalıydı. Bu iki şekilde oluyordu: maaşlı çalışanlar ve ödeme gücü olanlar için ve bir diğeri yoksullar için. Birincisi maaşının -%11'i sigorta primleri için, %1'i dayanışma fonu için olmak üzere- %12'si kadar katkı yapacaktı. Hükümet ve Dayanışma Fonu yoksullar için primleri ödeyecekti.

Reformun diğeri bir bileşeni, özel sektörün primlerin toplanması ve sağlık hizmetinin sunulmasında yer kazanması oldu. Primlerin toplanması zorunlu bir minimum plan sunmak zorunda olan Sağlık Teşvik Girişimlerine (EPS) havale edildi. Daha yüksek prim ödemek isteyenlere EPS tamamlayıcı planlar sunuyordu. EPS sağlık hizmetlerini sağlayan bazı özel ve kamu kuruluşlarıyla yapıyor veya kendi hizmet ağlarını kullanarak alternatif yollar gösteriyordu. EPS hizmet verenlere ödeme şekillerini belirlemede özgürdü. Hizmet alanlar EPS'yi ve kendi ihtiyaçlarına ve finansal durumlarına en uygun sağlık planını seçebiliyor.

Sosyal sınıflar arası bölünmeden kaçınmak için EPS yasal olarak, primleri hükümet ve dayanışma tarafından ödenen yoksullara hizmet sunmak zorundaydı. Pratikte kanunu bypass edecek boşluklar buldular ve yoksulların birçoğu ARS'den (Sübvansede edilmiş Sistemler İdaresi) hizmet aldı. ARS EPS'ye (kırsalda ve küçük şehirlerde yaşayanlar gibi) dahil olamayanlara kamusal ve özel ağları kullanarak hizmet sağlamaktadır. Finansal karşılığı düşünülürse, EPS bu kesime hizmet sağlamakla ilgilenmiyordu. Dahası reform kamu hastanelerini kendi kurumsal hedeflerini belirleyebilen ve kendi kaynaklarını üreten özerk yapılar haline getirmişti. Bogota'da birçok özerk kamu hastanesi devasa finansal sorunlarla karşılaştı ve kapatılmaya zorlandı.

Kolombiya sağlık reformu toplam sağlık harcamalarında ciddi bir artışı beraberinde getirdi. 1984 ve 1997 arasında harcamaların %178 arttığı kabul ediliyor. Kişi başına yapılan harcamalar ise 1980'lerde 50 Dolar iken 1990'larda 90 Dolara çıktı [52]. Ne var ki kamu harcamalarındaki artış 1990'larda yaptıkları yan ödemelerde azalma olan varlıklılara yaradı [53]. Örneğin 1993'te Bogota'daki en düşük beşte birlik gelir grubunu teşkil eden hane halkı 17,881 Peso öderken (1997'de 1 \$=1064 Peso) en yüksek beşte bir 50,043 Peso ödüyordu [52]. 1997'de en düşük beşte bir için ödemeler 24,658 iken, en yüksek beşte bir için 30,674 idi. En düşük beşte bir dışındaki herkesin 1993-1997 arası dönemde doğrudan ödemelerinde düşüş oldu. 1997 itibarıyla en düşük beşte birdekiler üçüncü ve dördüncü en düşük beşte birlik dilimden fazla ödeme yapıyordu ki bu eğilim reformun eşitlikçiliğini sorgulatır nitelikteydi.

Sosyal Güvenliğe bağlılık durumu oldukça genişledi. Özellikle kırsal kesimdekiler de dahil olmak üzere en düşük gelir grubundakiler için. Kimi yazarlar bu artışın sağlık hizmetinde daha geniş bir kapsayış demek olmadığına işaret etti. Örneğin Hernandez Alvarez [54], 1999'da yalnızca %61'lik kesimin sosyal güvenlik sistemi kapsamında olduğunu, reformdan önce ise %75'in kimi sağlık hizmetlerine ulaşabilir durumda olduğunu dikkat çekti. [Kolombiya'da bu kapsama bakarak tutarlı verilere ulaşamayız. İç savaş bu tutarlılığın önünde bir engel olabilir çünkü savaşta, çarpışma halindeki nüfusu kestirmek zor olur. Gerilla kontrolündeki bölgenin üçte bir oranında olduğu varsayılıyor. Bunun yanında, çeşitli sağlık planlarına dahil olmaya ait göstergeler yalnızca hesaplamalardır. Örneğin, kırsal kesimde ARS'nin (genellikle bir NGO) tüm nüfusa erişmesi belediyelerce kısıtlanır. Uygulamada, coğrafi uzaklık kapsamı daraltıcıdır].

Bundan başka, bazı hizmetler için yapılan ağır yan ödemeler sigortalı birçok yoksul için sağlığı erişilmez kılıyor. Aslında yoksulların sağlık hizmetine erişimi toplamda düşmüş bile olabilir.

Tıbbi bakım için kamu sağlık fonları 1997'ye kadar artırıldı ve ulusal fonların dağılımı 1993-1997 arasında coğrafi olarak daha eşit bir dağılım izledi. Daha yoksul bölgeler ve belediyeler merkezi hükümetten ekonomik olarak daha iyi durumdakilere göre kişi başı daha fazla fon transferi alıyordu [55]. Ne var ki merkezi hükümetin fon transferlerini daha eşitlikçi yapma girişimi daha eşitlikçi bir hizmet kapsamı ile sonuçlanmadı. Tüm ulusta kırsal kesimdekiler şehirlerdekilere göre daha az hizmete kavuşabildi. 1993'te kent sakinlerinin %77'si hizmetlerin kapsamındayken, kırsal kesimin ihtiyaç durumunda hizmetlere erişimi %58 idi. 1997'ye kadar uçurum devam etti. Oranlar %79'a %60 olarak kaldı [52].

Sübvansiyonlar da her zaman en çok ihtiyacı olana erişmiyordu. Genel Finans Bürosu'nda 1999'da çıkan bir rapor, yoksulların tanımlanması ve sınıflandırılması sürecindeki kusurlara dikkati çekti. Yoksul olarak tanımlanması gerekenlerin %30'unun yoksul olarak tanımlanmazken, yoksul olarak tanımlananların %31'inin gerçekten yoksul olmadığını ortaya koyuyordu [56].

Reformların yol açtığı gelişmelerin verimliliği konusunda bazı soru işaretleri vardı. 1994'te tüm hastane işletme giderlerinin %50'sini kapsayan personel harcamaları 1997'de %70'e çıktı. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kamu hastaneleri üzerine yapılan bir analiz 1996 ve 1998 arasında üretim %4 artarken işletme giderlerinin %24 arttığını tespit etmiştir [58]. Bu, kamu hastanelerinde verilen hizmetlerdeki karmaşıklığın artmasıyla açıklanabilir. Artan işlemler faturaların kabarıklaşmasına üretkenliğin düşmesine neden oluyordu.

Hizmet kalitesine dair veriler oldukça sınırlıdır fakat yapılan bir çalışma, hemşirelerin çalışma kalitesinin kötüleştiğini öne sürmektedir. Kolombiya'daki hemşireler üzerine yapılan araştırmada Arjantin, Meksika ve Brezilya [59] özelleştirmenin kimi olumsuz yönlerini göstermiştir. Araştırmanın yazarlarına göre sağlık hizmetlerinde piyasa yaklaşımı hemşirelerin yaşadığı stres ve mesleki mutsuzluğu artırmıştır. İki yakalarını bir araya getirmek ve esnek istihdam sözleşmelerinden doğan güvencesiz çalışma koşullarında mahrum oldukları bir sabit ücreti garantileyebilmek için ek işler aramalarına neden olmuştur. Yolsuzluklara yönelim, kurumlar arası geçiş, hemşirelerin uzman olmadıkları konularda yaptıkları bürokratik görevleri artmıştır. Bunların hizmet kalitesi üzerindeki etkisini kestirmek zor değildir: daha az doğrudan bakım ve Kolombiyalı bir hemşirenin dediği gibi: “ hastalar bazen onlarla gerçekten ilgilenmediğimizi düşünüyor, çünkü hastada ne olup bittiğini anlamamız için gerekli olan zamandan mahrumuz.” [a.g.e, s.351]

Kolombiya'daki uzman hekimler arasında yapılan son incelemelerde hekimlerin %62'sinin hizmet kalitesinin kötüleştiğini düşündüğü görülmüştür [60] ki bu durum diğer kaynaklardan gelen kanıtlarla da desteklenmektedir. [61] Aynı incelemeye göre, uzmanların %66'sı bulaşıcı hastalıklardan korunmada ve halk sağlığı faaliyetlerinde gelişme göremediklerini söylemektedir. Aynı araştırmaya göre, uzmanların %66'sı bulaşıcı hastalıklardan korunmanın ve halk sağlığının iyileşmediğini söylüyor.

armiento'nun yazısında dediği gibi bağışıklama kapsamı düştü, taşıyıcıdan bulaşan (Dang Hastalığı ve sıtma) hastalıklar arttı ve verem kontrol programı şiddetle yetersizleşti.

Kolombiya sağlık reformuyla ilgili literatür, sistemin çöküşün eşiğinde olduğunu kanıtlar niteliktedir [63]. EPS'ler ve hükümet hastane ve kliniklere borçlu durumdadır. Toplam borç 30 Haziran 2002 itibarıyla 6401 milyar Peso'dur. (1\$=2348 Peso) (a.g.e)

Sonuç olarak, Dünya Bankası reformlarını yakından takip eden Kolombiya'da sağlık harcamalarındaki muazzam artışa rağmen nüfusun büyük bir kısmının sağlık güvencesi yoktur ve yoksullar yüksek katkı payları yüzünden hizmetlere erişmekte zorlanmaktadır. Verimlilikte ve hizmet kalitesinde gözle görülür bir artış yoktur, halk sağlığı hizmetleri kötüleşmiştir ve eşitlik ilkesi ortada yoktur.

## 6. Tartışma

Yukarıda değinildiği üzere Dünya Bankası modeli altında, sağlık sektörü, hizmetler devlet düzenlemesinin altında özel sektör tarafından yürütüldüğünde azami oranda verimlilik sağlıyor. DB Latin Amerika'da neo-liberal reformları teşvik ederken, sağlık sektörünü düzenlemenin karmaşıklığı bir "isyan bayrağı" yükseltmelerini gerektirirdi. Kamusal hizmetleri düzenlemede az ya da çok başarılı olmuş sanayileşmiş demokratik uluslar bile sağlık pazarını düzenlemek konusunda zorluklarla karşılaştılar. Reformcular, bölgedeki hükümetlerin verimli düzenleyici kapasiteye sahip olmasını doğal karşılamamalıdır. Tarihsel olarak Latin Amerika siyasi sistemleri, otoriter idareciler ve çok zayıf yasama ve yargı sistemlerince tanımlanmıştır. Bu politik gerçeklik verimli düzenleyici kurumlara sahip olmak açısından kullanışlı değildir.

Sağlık reformları başlatıldığında, Latin Amerika hükümetleri özel sağlık sigortası şirketlerini, güdümlü hizmet örgütlerini ya da diğer özel hizmet sağlayıcılarını ve eczacılık (farmasötik) şirketlerini düzenlemek için ihtiyacı olan kurumlara sahip değildi ve sağlıkta, pazarın düzenlenmesi kaliteli hizmeti garanti altına almak ve müşterileri korumak açısından elzemdir. Gómez-Dantés [8] Meksika üzerine, bölgedeki diğer ülkelerle ilgili de tahmin yürütülebilmesini sağlayacak bir yorumda bulunuyor: "Sağlık idarecileri... denetleme ve değerlendirme kültüründen yoksunlar ve hiçbir resmi hesap verme mekanizmasına sahip değiller".

Bolis [64] ise konuyu biraz deşiyor. Bu yazara göre, bölge ülkelerinin, [hizmet] sağlayanlar ve alanlar arasındaki mevcut bilinç asimetrilerini dengeleyebilmek, müşterileri gereksiz risklerden koruyabilmek ve onların farklı tedaviler arasında seçim yaparken doğru kararı vermelerini sağlayabilmek için yasal düzenlemelere ihtiyaçları var. Bolis aynı zamanda bu ülkelerin, özel temsilcilerin davranışlarını yönlendirebilmek için yasal düzenlemelere ve özel [hizmet] sağlayıcılarının teknik ve finansal denetimlerine nezaret edebilmek, izleyebilmek ve yürütebilmek için de kurumlara ihtiyacı olduğunu ileri sürüyor.

Kolombiya'da 1990 ve 1993 reformlarından önce, bu ülkenin hükümeti, sosyal güvenlik ve kamusal sağlık hizmetlerini düzenlemek ve koordine etmek amacıyla Sağlık Nezareti'ni kurdu ama bütün endişeli partiler [hükümeti] çabalarını büyük ölçüde yok

saydı. Benzer şekilde, Şili, Arjantin ve Peru'daki nezaretçiler, özel sektörü düzenlemek konusunda düşük randıman sergilemişlerdi. ABD'de yaşanan deneyim, güçlü düzenleme kurumlarıyla bile, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin hakkaniyet ve verimliliği arttırdığının kuşkulu olduğunu gösteriyor ki [bu kurumlar] olmasaydı, sonuçlar feci olabilirdi.

Dominik Cumhuriyeti'nde yakın zamanlarda yapılmış olan bir çalışma [65] düzenleme olmaksızın özelleştirmenin yıkıcı sonuçlarıyla ilgili mükemmel bir örnek sunuyor. Yazarlar, sağlığın kamusal sübvansiyon sağlanarak özelleştirilmesinin, hükümetin özel [hizmet] sağlayıcıları arasında rekabeti temin edecek normları yayınlamasından, asgari kalite standartları kabul etmesinden önce hayata geçirildiğini ve hükümetin sağlık sigortası firmalarının etik olmayan davranışlarını düzenleyemediğini belgeliyorlar. Sonuç, kat kat suiistimal ve mahrumiyet. Çalışma, bu ülkede sağlık reformunun geriye doğru gerçekleştirildiğini açıklayarak sonuçlandırılıyor. (Adı geçen yazar, Dünya Bankası'nın uzun yıllar boyunca Latin Amerika'da alan araştırmaları yapmış kıdemli bir kamu sağlığı uzmanı. Üst kademelerdeki Dünya Bankası ekonomistlerinin kendi alan uzmanlarına aldırması talihsiz bir durum). Ne yazık ki bizim literatür eleştirimiz, bunun Latin Amerika'dan istisnada çok kural olduğunu ileri sürüyor.

Dünya Bankası, reform öncesi başarısızlıklara neden olmasıyla teşhis edilmiş bulunan sorunların çoğunu yok sayıyor. Eğer [DB] dikkatini bunlara yöneltmiş olsaydı, bunların hükümetlerin desantralize edilmiş sosyal sigorta sistemlerini düzenlemedeki, yasamayı zorlamadaki, doktorların davranışlarını kontrol etmedeki ve her yerde mevcut olan yolsuzluğu denetlemedeki kifayetsizliğiyle bağlantılı olduğunun farkına varabilecekti. Dünya Bankası reformları, bugün de azalmadan devam eden bu temel sorunları çözebilmek için çok az şey yaptı [18].

Birçok gözlemcinin reformların açıklanan hedeflere ulaşmakta başarısız olduğunu ve aslında tam ters sonuçlara yol açtığını iddia etmesi şaşırtıcı değil: Yükselen haksızlık, daha az verimlilik ve hizmet kalitesini geliştirmeksizin daha yüksek tatminsizlik [61,66–73]. (Dünya Bankası ya da USAID gibi kurumların tarafından fonlanan reform araştırma ve denetlemeleri, sağlık hizmetlerinin finansmanın dahilinde birçok öz kaynağın geliştiğinin [79,80] ya da merkezlesizleştirmenin “performans gelişimi” sağladığının ileri sürülmesine vesile oluyor [81].).

Bizim araştırmamız, Latin Amerika ülkelerinin neo-liberal reformların uygulanmasından 10 ve 20 yıl sonra, sağlığa, verimlilikteki gelişmelerle ilişkisi olmaksızın daha fazla kaynak harcadıklarını, nüfusun yüksek ve bazı ülkelerinde daha yüksek- yüzdelerinin sağlığa erişememeye devam ettiklerini, bazı bölgelerde daha yüksek mahrumiyetlerin bulunduğunu ve sıklıkla yönetsel belirsizliğin var olduğunu teyit ediyor.

Sektörün finansal sürdürülebilirliği, yükselen sağlık harcamaları nedeniyle şüphe götürür hale geliyor: bugün, Dünya Bankası ve Amerikan Kalkınma Bankası'nın (IDB) reform kredilerinin sonucunda daha fazla idareci, daha yüksek maaşlar, ilaç için daha yüksek harcamalar ve daha çok dış borç mevcut.

## 6.1. Neo-liberal sağlık reformlarının menfaat sağlayanlar

Sorulması gereken soru, neden, neo-liberal reformların istenilen hedeflere ulaşamadığına dair çoğalan kanıtlar karşısında, Dünya Bankası sağlık reform modelini teşvik etmeye devam ediyor [sorusu]. Neo-liberal reformlardan menfaat sağlayanları teşhis etmek, Dünya Bankası'nın başarısız politikaları teşvik etmedeki inatçılığının sebebini açığa çıkaracaktır. Temel menfaatçiler, ulus ötesi şirketler, danışman firmaları ve Dünya Bankası'nın kendi personelini kapsıyor.

## 6.2. Ulus ötesi şirketler

Asıl menfaat sağlayanlar ise HMO'lar ve sağlık sigortası firmaları ile –bazı ülkelerde– cepten yaptıkları harcamaların azalması ve lüks otel benzeri servisler sunan hizmetlere ulaşmaları aracılığıyla daha zengin sınıflar oluyor. Latin Amerika'daki ABD sigorta firmalarının kârları tamamen belgelenmiş durumdadır [74]. Bir temel politika olarak özelleştirmenin kapsamı bu çıkarları karşılıyor ve herhangi bir teknik gerekçeyle de açıklanamıyor. ABD'de bulunan HMO'ların ve özel hastanelerin, bu ülkedeki bütün kaynaklara ve düzenleme kapasitesinin mevcut olmasına rağmen artan başarısızlıkları, DB personelini ABD modelinin Latin Amerika için uygunsuz olduğu konusunda kendi başlarına alarma geçirmeliydi ancak firmaların kârları üstün geldi.

IMF ve DB, reformları teşvik eden açık aktörler. Dünya Bankası içinde önemli mevkilerde bulunmuş ve ABD eski başkanı Clinton'ın danışmanlığını yapmış olan Nobel ödülü adayı ve ekonomist Stiglitz'e [75] göre, iki tane çok taraflı kurum, ABD Hazinesi aracılığıyla eklenmiş grupların çıkarlarını temsil ediyor. Stiglitz, avantajlı bir bileşen-gözlemci olarak karar alma [sürecini] gözlemledi ve IMF ve DB üzerinde bir **Corporate Amerika** olan ABD Hazinesi'nin ideolojisini ve çıkarlarını nasıl empoze ettiğini en ince ayrıntısına kadar tanımladı. Küreselleşmiş bir ekonomide Avrupalı ve Japon ulus ötesi şirketlerinin selameti, ABD'nin ulus ötesi şirketlerinin selameti üzerindeki bazı alanlarına dayanır ve bu nedenle Avrupa Birliği ve Japonya hükümetleri, ABD Hazinesi'nin IMF ve Dünya Bankası'ndaki baskın konumuna itiraz etmezler.

Böylece, iki çok taraflı kurumun ve bunların sağlık politikası tercihlerinin ve dışlamalarının içine işlediği neo-liberal ideolojiyi anlayabiliyoruz. ABD Hazinesi için temel endişe ulus ötesi şirketlerin çıkarlarıdır.

Şirket çıkarları üzerinde olumsuz etkilerde bulunan fabrikalarda ve tarımda koruyucu programlar gibi harici sağlık politikaları, lojistikte kazaların azaltılması, tütün kullanımında azalma, markasız ilaçların teşviki ve koruyucu ilaç listelerinin teşviki; bunların hepsi nüfusların sağlık seviyesini önemli ölçüde geliştirecektir [76]. Şiddeti ıslah eden programlar, sağlık eğitimi programları ve bazı esaslı kamusal sağlık müdahalelerinin teşviki, aynı zamanda neo-liberal reformlar tarafından hâlihazırda dışlanmışlardır. Biz [bu programların] dikkate alınmadıklarını çünkü onların: (1) Dünya Bankası'nın sunmaya alıştırdığı büyük kredi modellerine ihtiyaç duymadıklarını ve (2) şirketler için çıkarlar yaratmadıklarını, ileri sürüyoruz.

### 6.3. İkincil menfaatçiler

Ulus ötesi şirketlerle karşılaştırıldığında elde ettikleri çıkarların görece küçük olması nedeniyle ikincil olarak sayılabilecek başka menfaat sağlayanlar da mevcut. Bunların arasına danışman firmalarını, üniversiteleri ve Dünya Bankası personelini dâhil edebiliriz. Çok taraflı bankalar ve karşılıklı yardım ajansları doğrudan veya hükümet vasıtasıyla kredi alıcısı olan ülkeye, teknik yardımcılık, sağlık vergilendirmesi, müdahale değerlendirmeleri ve bazı “akademik araştırmalar” için çekilirler. Genellikle Dünya Bankası ya da ülke ihaleler açar ancak ihale sistemi, üreticilerin ön seçimi ve diğer etkenler, sıklıkla aynı az sayıda yüklenicinin seçilmesinin yolunu açar.

Bir yüklenici firma, önceki sözleşmesinde tespit edilenler, eğer kurumların ideolojik öğretilerine tezat oluşturuyorsa, aday listesinden kolaylıkla çıkarılabilir. Daha küçük firmalar için sözleşmeler bir ölüm kalım meselesidir. Dünya Bankası (ve diğer yardımcı kurumlar) ve yüklenici firmalar için birbirlerinden ne beklentileri gerektiğini bilmek çok kısa bir zaman alır. Finansman kurumları, neo-liberal ideolojiyle ahenkli güçlü eleştirel açıklamalar ve politika önerileri olmaksızın gelişmeleri öngörürler; yüklenici firmalar yeni sözleşmelere hazırlıklı olurlar.

Dünya Bankası, USAID ve bazı vakıflar aynı zamanda, saygın üniversiteleri sağlık vergilerinden muaf tutarlar ve [onlara] araştırma ve sağlık müdahalelerinde bulunmazlar. Üniversiteler için sözleşmeler ve bağışlar –Dünya Bankası standartlarına göre küçük olsa bile– çekici gelirler anlamına gelir. Genel giderlerin %50’si ya da daha fazlası olabilir. Eğer bu kurumlar, uluslararası kurumlardan gelen fonlara ulaşmaya devam etmek isterlerse, başarısızlıklar aşikâr hâle geldiğinde bile neo-liberal reformların dosdoğru eleştirisinden uzak durmak zorundadırlar. Akademik dürüstlüklerinden taviz vermeksizin böyle yapmak, ipte cambazlık yapmak gibidir. Araştırmacıların bu meziyetleri nasıl kazanacakları samimi bir sınava tâbidir ancak bu yazının kapsamı dışındadır. Dünya Bankası ve diğer finansman kurumları için eleştirel olmayan raporlar ve saygın öğrenim kurumlarından yapılan yayınlar, ABD hazinesi ve Dünya Şirketi’nin de dâhil olduğu kurumlarla yapılacak geniş müzakereler öncesinde güvence ve onay sağlar.

Dünya Bankası ya da herhangi bir başka banka, faizle borç verme ihtiyacındadır ve iş tanımında açıkça belirtilmiyorsa bile Dünya Bankası yetkilileri kredi satma beklentisindedirler. Kredilerin sayısı ve tutarı, Dünya Bankası bürokrasisi içinde meziyet ve statü sağlamak açısından önemli durumlardır. Bazı örneklerde, ülkeler bir sağlık kredisi istemeyebilirler ancak Dünya Bankası, ekonominin diğer sektörlerine borç vermek için bir şart koşarak bir tane dayatır. Örneğin, sağlık idarecilerinin isteklerine karşı Dünya Bankası’nın diğer sektörlerdeki kredileri durdurma tehdidi altında zorla bir sağlık kredisi verdiği Kosta Rika’daki durum budur [77].

Sağlık kredisi, sağlık politikasını yapanların istemediği neo-liberal sağlık müdahalelerine kapı açmak için bir bahanedir. Şimdiye kadar, Kosta Rikalılar, Dünya Bankası’nın Latin Amerika’daki en adil ve verimli sağlık sistemini tasfiye edebilmek için yaptığı baskılara direndiler ancak Dünya Bankası ve ABD hükümetinin yükselen baskısı karşısında ne kadar daha böyle yapmaya devam edebilecekleri belli değil. (Yakınlarda, Aralık 2003’te,

Kosta Rika hükümeti diğer sebeplerin yanında, ABD'nin sigorta şirketlerine yönelik şartlarını kabul etmemesi nedeniyle Orta Amerika Serbest Pazar Antlaşması'nın sonuç tartışmalarını terk etti. Kosta Rika'da sigorta sektörü devlet tekelinde ve güçlü ABD sigorta şirketlerinin sağlık pazarının da dahil olduğu piyasaya girmesi korkusu, Kosta Rika hükümetinin vatandaşlarının çıkarı için en iyi şeyin bu olmadığını farkına varmasını sağladı. Hatırlanmalı ki, bazı sigorta şirketlerinin finansal kaynakları Kosta Rika hükümetininkinden daha geniş. Eğer Costa Rika hükümeti teslim olsaydı, kısa zaman içinde bütün sigorta sektörü birkaç yabancı şirketin denetimi altına girecekti.)

Bugün Dünya Bankası uluslararası sağlık alanında baş kreditördür ve sonuç olarak başı çeken uluslararası sağlık politikası danışmanı haline gelmektedir. Amerikan Kalkınma Bankası (IDB) ve karşılıklı kurumlar gibi diğer çok taraflı bankalar, durum üzerinde bazı anlaşmazlıklar olsa dahi, yakın ve geniş ölçüde izlenen neo-liberal politikalara sahipler [78]. Gücün, IMF ve Dünya Bankası'nın birkaç politika danışmanı ve bürokratinin elinde ürkütücü biçimde yoğunlaşması, ulusal sağlık politikaları oluşturmayı ve her ülkenin yerel siyasi, kültürel ve tarihi gerçeklerine dayanan sağlık sorunlarına ideolojiye dayanan taklit formüller yerine doğru cevaplar bulmayı güçleştiriyor.

## **Kaynakça:**

- [1] CEPAL. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Serie Documentos Reproducidos, no. 41.* Washington, DC: Pan-American Health Organization; 1994.
- [2] Núñez del Arco J, editor. *Políticas de ajuste y pobreza: falsos dilemas, verdaderos problemas.* Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1995.
- [3] Tardanico R, Menjívar Laryn R, editors. *Global restructuring, employment, and social inequality in urban Latin America.* Coral Gables, FL: North-South Center Press; 1997.
- [4] Buse KD. *The World Bank and the international health policy: genesis, evolution and implications.* Master's Thesis. London: London School of Economics; 1993.
- [5] Muñoz A. *La razón de las reformas a la Caja de Seguro Social. Tareas (Panama) 1987;66:75-102.*
- [6] Ugalde A, Homedes N. *La clase dominante transnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias de América Latina. Cuadernos Médico Sociales 2002;82:95-110.*
- [7] World Bank. *World development report 1993. Investing in health.* Oxford: Oxford University Press; 1993.
- [8] Gómez-Dantés O. *Health reform and policies for the poor in México.* In: Lloyd-Sherlock P, editor. *Health care reform and poverty in Latin America.* London: Institute of Latin American Studies, University of London; 2000.p.128-42.
- [9] Abrantes Pego R. *The slow and difficult institutionalization of the health care reform in Sonora: 1982 to 2000.* Unpublished document; 2003.
- [10] McGreevey W. *Brazilian health care financing and health policy: an international perspective.* World Bank JN/MT. Washington,DC:WorldBank,Population,Healthand NutritionDepartment;13August1982.
- [11] La Forgia GM. *In search of excellence. Strengthening hospital performance in Brazil. Concept Paper.* World Bank, LCSHH (unpublishedpaper). Washington, DC: World Bank; 19 March 2003.
- [12] Maryn Rojas F. *Modalidad de cooperativas de Pavas.* In: Bustamante R, Sáenz LB, Victoria Mejya D, editors. *Nuevas modalidades de atención ambulatoria urbana en Costa Rica. Monografía 92-01delaOPS/OMS.SanJosé:OPS/OMS; 1992.*
- [13] Interview. *With the Director of the Health Cooperative of Tibás, Costa Rica; 18 April 2000.*
- [14] Zamora J. *Descentralización en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).* Unpublished paper; 2001.

- [15] Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. *Modelo de modernización hospitalaria basado en la participación del/la derecho habiente y del/la trabajador/a*. San Salvador: Simetriss; 2000.
- [16] Colegio Médico de El Salvador. *Propuesta ciudadana por la salud*. San Salvador: Korrekto; 1999.
- [17] Chávez J, Cordero I. *Privatizing El Salvador's public health system: the link to trade agreements*. In: Paper presented at the American Public Health Association 131st Annual Meeting, San Francisco, CA; 16–19 November 2003.
- [18] Di Tella R, Savendoff WD, editors. *Diagnosis corruption. Fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2001.
- [19] Birn AE. *Federalist flirtations: the politics and execution of health services decentralization for the uninsured population in Mexico, 1985–1995*. *Journal of Public Health Policy* 1999; 21:81–108.
- [20] Collins CD. *Decentralization and the need for political and critical analysis*. *Health Policy and Planning* 1989;4:168–71.
- [21] Griffin C. *Empowering mayor, hospital directors, or patients? The decentralization of healthcare*. In: Burki SJ, Perry G, Dillinger W, editors. *Beyond the center. Decentralizing the state*. Washington: World Bank; 1999.
- [22] Homedes N, Ugalde A. *Historia de la descentralización de los servicios de salud en México*. Unpublished paper; 2003.
- [23] Collins CD. *Management and organization of developing health systems*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- [24] Winkler DR. *The design and administration of intergovernmental transfers, fiscal decentralization in Latin America*. Washington: The World Bank; 1994.
- [25] Veldhuyzen van Zantes T, Semidei C. *Assessment of health sector decentralization in Paraguay*. Technical Report no.1. Washington, DC: University Research Corporation; 1996.
- [26] Janovsky K. *Decentralization and health system change: a framework for analysis*. Revised working document. Geneva: National Health System and Policies Unit, Division of Strengthening Health Services, WHO; 1995.
- [27] Ruyz Mier F, Giussani B. *Descentralización y financiamiento de la provisión de servicios de salud en Bolivia*. Informe de Consultoría a CEPAL, ACDI y ODA. La Paz (Bolivia): CEPAL; 1996.
- [28] La Forgia GM, Homedes N. *Decentralization of health services in Colombia. A review of progress and problems*. A Report to the World Bank. Washington: World Bank; 1992.
- [29] Interview. With a high executive of the Ministry of Health of Mexico; 29 September 2002.
- [30] Homedes N. *Field notes visit to Piura (Peru)*. World Bank Mission; 1996.
- [31] Ugalde A. *Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención de la salud*. In: Menéndez EL, editor. *Participación social: Metodología, problemas y expectativas*. El caso de Nicaragua 1978–1989. México, DF: Instituto Mora; 1999.p.29–45.
- [32] Gershberg AI. *Decentralization and recentralization: lessons from the social sectors in Mexico and Nicaragua*. Final report. RE2/SO2. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 15 January 1998.
- [33] Holley J. *Estudio de descentralización de la gestión de los servicios de salud*. Territorio de Capinota, Bolivia. Latin American Health and Nutrition Sustainability Project. Washington: University Research Corporation; August 1995.
- [34] González-Block MA, Leyva R, Zapata O, et al. *Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation, and results of policy*. *Health Policy and Planning* 1989;4:301–15.
- [35] Rondinelli DA. *Implementing decentralization programmes in Asia: a comparative analysis*. *Public Administration Development* 1983;3:181–207.
- [36] Collins CD, Gren AT. *Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries*. *International Journal of Health Services* 1994;24:459–76.
- [37] Castro Valverde C, Sáenz LB. *La reforma del sistema nacional de salud. Estrategias, alternativas, perspectivas*. San José (Costa Rica): Ministerio de Planificación y Política Nacional; 1998.
- [38] Scarpaci JL. *Primary medical care in Chile*. Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press; 1988.
- [39] Titelman D. *Reformas del sistema de salud en Chile*. Serie Financiamiento y Desarrollo no. 104. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
- [40] Arteaga O, Thollang S, Nogueira AC, Darras C. *Información para la equidad en Chile*. *Pan American Journal of Public Health* 2002;11(5–6):374–85.
- [41] Tetelboin Henrion C. *La transformación neoliberal del sistema de salud*. Chile: 1973–1990. Mexico, DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2003.

- [42] Duarte Quapper D, Zuleta Reyes MS. La situación de salud primaria en Chile. Unpublished manuscript; 1999.
- [43] Lenz R, Sánchez JM. Equidad en la distribución de recursos en salud. El caso chileno del SNS: 1977. Seminario de Políticas y Estrategias Innovadoras en Salud. Santiago de Chile. Unpublished paper; 1998.
- [44] Larrañaga O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Serie Financiamiento del Desarrollo. Proyecto CEPAL/GTZ. Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe. Unidad de Financiamiento. Santiago de Chile: CEPAL; June 1997.
- [45] Duarte D. Asignación de recursos per cápita en la atención primaria. Cuadernos de Economía 1995;95:117–24.
- [46] Ministerio de Salud. República de Chile. Reforma de salud. Santiago de Chile: 2003. Also accessible at <http://www.minsal.cl>.
- [47] WHO. World health report 2000—health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- [48] Braveman P, Starfield B, Geiger HJ. World health report 2000: how it reforms equity form the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal* 2001;323:678–81.
- [49] Navarro V. The new conventional wisdom: an evaluation of the WHO report health systems: improving performance. *International Journal of Health Services* 2001;31(1):23–33.
- [50] McKee M. The world health report 2000: advancing the debate. Paper presented at the European Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 3–4 September 2001.
- [51] Musgrove P. Judging health systems: reflections on WHO's methods. *The Lancet* 2003;361:1817–20.
- [52] Castaño RA, Arbelaez JJ, Giedion U, Morales LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Serie Financiamiento y Desarrollo número 108. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
- [53] Suarez Berenguela RM. Policy tools for achieving more equitable financing of and access to health care services in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health* 2002;11(5–6):418–24.
- [54] Hernández Álvarez M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Paper presented at the Coloquium La Política Social y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en los Noventa: Balance y Perspectivas, Bogotá; 6–8 October 1999.
- [55] Jaramillo Pérez I. La descentralización del sector salud en Colombia. Unpublished document; February 1998.
- [56] González JI. Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Misión Social, Borrador; 2000.
- [57] Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de hospitales públicos. Documento Compes 3204. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 6 November 2002.
- [58] Ministerio de Salud. República de Colombia. Programa de apoyo a la reforma. Análisis de las tendencias de ingresos, gastos y producción de hospitales de II y III nivel, 1996–1998 (unpublished report). Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
- [59] Guevara EB, Mendias EL. A comparative analysis of the changes in nursing practices related to health sector reform in five countries of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002;12:347–53.
- [60] Molina de Salazar DI. Salud gerencial y ética: son compatibles? *Acta Médica Colombiana* 2002;27(6):433–9.
- [61] Gómez LF. Atención médica, salud, pobreza y Ley 100. *Acta Médica Colombiana* 2002;27(4):235–44.
- [62] Sarmiento MC. Enfermedades transmisibles en Colombia: cambios ambivalentes. *Revista de Salud Pública* 2000;2(1). <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n1/Rev2171.htm>.
- [63] Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. El estado y las EPS, los mayores deudores de los hospitales y clínicas. Unpublished document; 30 December 2002.
- [64] Bolis M. Legislación y equidad en salud. *Pan American Journal of Public Health* 2002; 11(5–6):444–8.
- [65] La Forgia GM, Levine R, Diaz A, Rathe M. Fend for yourself. Systemic failure in the Dominican Health Market. Unpublished paper; 2002.
- [66] Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Worth M. Introduction. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. New

York: Oxford University Press; 2001. p.2–11.

[67] Giovanella L, Vaitsman J, Escorel S, Magalhaes R, do Rosario Costa N. Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century. *Pan American Journal of Public Health* 2002;11(5–6):366–70.

[68] Osorio Gómez JJ. Experiencia colombiana en la reforma de la Seguridad Social. Unpublished manuscript; 2002.

[69] Agudelo CA. Sistema de salud y plan de desarrollo: cobertura y equidad. *Revista de Salud Pública* 1999;1(2). <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>.

[70] Herrera Tello V. Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática. *Revista de Salud Pública* 1999;1(3). <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp/v1n3/Rev31.htm>.

[71] Málaga H, Latorre MC, Cárdenas J, Montil H, Sampson C, de Taborda MC, et al. Equidad y reforma de salud en Colombia. *Revista de Salud Pública* 2002;2(3).

<http://www.medicina.unal.edu.com/ist/revistasp/v2n2/Rev231.htm>.

[72] BID. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre la economía política de las reformas de salud. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.

[73] Salinas H, Lenz R. Las no reformas de salud en Latinoamérica. Razones que explican su fracaso. Santiago de Chile: Andros; 1999.

[74] Stocker K, Waitzin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *The New England Journal of Medicine* 1999;340:1131–6.

[75] Stiglitz JE. Globalization and its discontent. New York: W.W. Norton & Co; 2002.

[76] Homedes N, Ugalde A. The World Bank, pharmaceutical policies and health reforms. Unpublished manuscript.

[77] Interview. With a high executive of the Ministry of Health of Costa Rica; 22 September 2000.

[78] Homedes N, Paz C, Solas O, Selva-Sutter E, Ugalde A. Health reform in El Salvador: theory and practice. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Health care reform and poverty in Latin America. London: Institute of Latin American Studies, University of London; 2000.

[79] Bossert T, Larrañaga O, Giedion U, Arbelaez JJ, Bowser DM. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;91(2):95–100.

[80] Bitrán R, Muñoz J, Aguad P, Navarrete M, Ubilla G. Equity in the financing of social security for health in Chile. *Health Policy* 2000;50:171–96.

[81] Brinkerhoff D, Leighton C. Insights for implementers: decentralization and health system reform. *Partners for Health Reform Plus* 2002;(1):1–11.

**[www.sciencedirect.com adresindeki [İngilizce orijinalinden](#) Açalya Temel ve Soner Torlak tarafından Sendika.Org için çevrilmiştir]**